

ふりがな		ご住所 〒 -
お名前		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	マイナ保険証のご利用はありますか？ ☐ はい ・ ☐ いいえ 保険証による情報取得に同意されましたか？ ☐ はい ・ ☐ いいえ
連絡先	() -	

ご自身について		
最終月経	月 日 ~ 月 日	日間
一年以内に子宮頸がん検査を 受けてない・受けた (月頃) 異常 無・有		
セックスの経験は ある ・ ない		

来院動機 今回診療を受けに来られたのは、こういった理由ですか？		
具体的にお書きください。		
☐ 月経が遅れているため妊娠かどうかを知りたい。		
↳ 市販の妊娠判定薬で検査をしましたか？ ☐ いいえ ☐ はい 結果 (陽性・陰性) 妊娠を継続しますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 迷い中		
☐ 他院で妊娠判定を受け妊婦健診。(現在の週数 週 日 / 予定日 年 月 日 病院名 / 紹介状 あり・なし)		
今回の妊娠前に不妊治療を受けましたか？ ☐ いいえ ☐ はい (タイミング法・人工受精・体外受精・顕微受精)		
当院での出産を希望されますか？ ☐ はい 無痛分娩希望・自然分娩希望・迷い中 ☐ いいえ 帰省分娩予定・未定		